UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1949-1950 — N° 21

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PSYCHOSES RÉACTIONNELLES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 19 décembre 1949

PAR

Henri GROULIER

Né à Bordeaux, le 1er août 1921.

Examinateurs de la Thèse :

- MM. DELMAS-MARSALET, professeur. . — *Président.*
- CREYX, professeur. . . . . — *Juges.*
- SARIC, agrégé . . . . . — *Juges.*
- BERGOUIGNAN, agrégé. . . . . — *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE LESBATS
16, RUE JULES-GUESDE, 16

1949

GROULIER (Henri)

Contribution à l'étude des Psychoses Réactionnelles. — Bordeaux, Impr. Lesbats, 1949. In-8°, 48 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux*, 1949-1950. N° 21.)

GROULIER (Henri)

Contribution à l'étude des Psychoses Réactionnelles. — Bordeaux, Impr. Lesbats, 1949. In-8°, 48 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux*, 1949-1950. N° 21.)

GROULIER (Henri)

Contribution à l'étude des Psychoses Réactionnelles. — Bordeaux, Impr. Lesbats, 1949. In-8°, 48 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux*, 1949-1950. N° 21.)

GROULIER (Henri)

Contribution à l'étude des Psychoses Réactionnelles. — Bordeaux, Impr. Lesbats, 1949. In-8°, 48 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux*, 1949-1950. N° 21.)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1949-1950 — N° 21

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PSYCHOSES RÉACTIONNELLES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 19 décembre 1949

PAR

Henri GROULIER

Né à Bordeaux, le 1er août 1921.

Examinateurs de la Thèse :

- MM. DELMAS-MARSALET, professeur.. — *Président.*
- CREYX, professeur..... — *Juges.*
- SARIC, agrégé ..... — *Juges.*
- BERGOUIGNAN, agrégé..... — *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE LESBATS
16, RUE JULES-GUESDE, 16

1949

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN HONORAIRE : R. DUPERIÉ.

DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR :** M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGES, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT, CHARRIER.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPERIE. CREYX.
Clinique chirurgicale	MASSE.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.
Anat. path. et microscopie clin.	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Clin. d'anatomie gén. et histol.	G. DUBREUIL.
Hygiène et tuberculose	PIECHAUD.
Méd. légale et méd. du travail.	DERVILLEE.
Electorad. et clin. d'élect. méd.	REBOUL.
Chimie	CHELLE.
Matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.

	MM.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique optalmologique	BEAUVIEUX.
Clin. chir. infantile et orthop.	LOUBAT.
Clin. des maladies infectieuses.	DAMADE.
Chimie biologique et médicale.	MACHEBŒUF.
Physique médicale et pharmac.	PIFFAULT.
Méd. col. et Cl. des mal. exot.	BONNIN.
Clin. des mal. cutan. et syph.	JOULIA.
Clin. des mal. des voies urin.	DARGET.
Clin. des mal. nerv. et ment.	DELMAS-MARSALET.
Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliq.	CASTAGNOU.
Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.
Clin. méd. des mal. des enfants	FONTAN.
Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Thérapeutique	BROUSTET.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie), MESNARD (Pharmacie).

MAITRE DE CONFERENCES :

Physique pharmaceutique ..... M. BLANQUET.

AGREGES EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	N...
Physiologie	N...
Médecine générale	SARIC. DUBARRY. J. TRAISSAC. BERGOUIGNAN N...
Chirurgie générale	POUYANNE. LAUMONIER. CHAVANNAZ. N... N...

	MM.
Chimie biologique	TAYEAU.
Obstétrique	MAHON.
Ophtalmologie	BESSIERE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie.	LE COULANT.
Histologie	MAYER.
Chimie médicale	N...
Chimie gén. pharm. et toxicol.	N...
Histoire natur. méd. et parasit.	N...
Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Méd. légale et méd. du travail.	L'EPEE.
Electro-radiologie	LACHAPELE.
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD.

COURS COMPLEMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	N...
Accouchements	N...
Puériculture	VERGER.
Urologie	N...
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Ophtalmologie	N...
Anatomie	RIGAUD.

	MM.
Chimie minérale	René GOLSE.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Bactériologie	N...
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Chimie biologique	NEUZIL.
Parasitologie et biologie appliq.	N...
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER. VILLAR.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS.

A MES GRANDS-PARENTS.

Avec toute ma respectueuse affection.

A MON PERE ET A MA MERE.

Je leur offre ce modeste travail en remerciement de tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

Avec toute ma reconnaissance et ma profonde affection.

A MA FAMILLE.

A TOUS MES AMIS.

A Monsieur le Docteur R. BARGUES,

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

Qui nous a inspiré ce travail et nous a guidé de ses conseils.

Qu'il trouve ici l'expression de notre bien vive reconnaissance.

A NOS MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE

ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX.

A Monsieur le Professeur H. BERGOUIGNAN

Médecin des Hôpitaux,

Croix de Guerre.

Hommage respectueux.

A Monsieur le Professeur Agrégé R. SARIC

Médecin des Hôpitaux,

Son enseignement pratique, au cours de nos années d'études sera toujours pour nous un guide précieux.

A Monsieur le Professeur M. CREYX

Professeur de Clinique Médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique.

Qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur DELMAS-MARSALET,

Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici notre reconnaissance et notre respectueux dévouement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PSYCHOSES RÉACTIONNELLES

INTRODUCTION

Toutes les fois que les individus se trouvent aux prises avec les difficultés de la vie ou en face de grands cataclysmes, il s'établit entre leurs capacités psychiques et les obstacles qu'ils rencontrent une sorte de confrontation, une série d'inter-réactions variables selon les sujets. Ils réagissent suivant leur constitution psychique, les uns s'adaptent, les autres succombent. Et notre attention est fréquemment attirée par le fait qu'il semble exister une relation intime entre les événements vécus précédemment à l'apparition d'une psychose et cette dernière.

Les derniers événements (guerre, occupation, camps de concentration) ont remué les masses, ont « broyé les âmes » selon l'expression de Eugen Kogon. Là, l'agression contre la personnalité fut à son comble. David Rousset l'a remarquablement dépeint dans son ouvrage « Les jours de notre mort ».

D'autres publications ont été faites récemment où sont rapportées les observations de psychopathies dont l'apparition est liée aux conditions particulièrement dures, aux souffrances morales et physiques imposées par les événements.

Sans tomber dans l'excès habituel au profane qui veut voir dans chaque trouble mental, quel qu'en soit l'aspect clinique, le résultat d'une réaction psychique morbide à un événement extérieur ou à une modification interne de l'individu, il nous semble cependant raisonnable dans certains cas de rattacher le déclanchement de l'accident psychopathique à un traumatisme moral ou émotionnel.

Les troubles psychiques consécutifs à un choc moral ou émotionnel ont été dénommés par les uns « Psychoses Réactionnelles », par les autres « Psychoses Réactives ». Quoi qu'il en soit, sous ces différentes appellations, la donnée reste identique à ce que Jasper, au début de ce siècle a défini sous le nom de « Réaction psychogène », c'est-à-dire la réaction qui survient lorsque l'effet émotionnel d'expériences psychiques vécues donnera lieu à des réactions exceptionnelles, mais en gros intelligibles qui « resteront généralement influençables du côté de la fonction psychique, et qui surtout — quand l'expérience vécue ayant occasionné ces réactions sera sourmontée et éliminée — guérira, d'ordinaire sans laisser de traces ».

Si les circonstances exceptionnelles, les grands moments de l'Histoire se prêtent particulièrement à l'observation des psychoses réactionnelles, il est hors de doute que dans le cadre plus restreint de l'existence particulière de chaque individu, certains événements sont susceptibles de déclancher des désordres mentaux.

Ce sont ces constatations qui nous ont incité à étudier la question et à exposer ce qui suit.

Ayant été appelé comme Interne à l'Hôpital Psychiatrique de Pulet l'enseignement de Monsieur le Docteur Bargues m'a vivement intéressé. Il m'a révélé la Psychiatrie, mais le peu de temps que je suis resté à l'Asile n'a pu faire de moi un psychiatre. Il m'a inspiré ce sujet sur les Psychoses Réactionnelles que je traite en reconnaissance de son enseignement.

HISTORIQUE

De tout temps furent étudiés les rapports de l'âme et des événements. Depuis l'antiquité, tout le monde a voulu voir entre eux une relation intime. On a parlé dans chaque siècle des psychosés, des fous d'amour, des désillusionnés, des traumatisés de l'esprit. Ce n'est qu'au début de ce siècle que les termes de psychoses réactionnelles, de psychoses réactives et de réaction psychogène, furent utilisées.

Dans sa troisième édition de sa « Psychopathologie Générale », K. Jasper en 1922 en donne le premier une définition et consacre tout un chapitre au rapport de l'âme et des expériences psychiques.

Un peu plus tard, tout un groupe d'auteurs allemands, Bleuler, Bumke, Kretschmer, Bonhoeffer, se sont intéressés à la question. Les uns comme Kretschmer s'occupent des psychoses réactionnelles liées à la profession, et nous parlent également des délires de relation des sensitifs et des délires d'interprétation à base affective.

En France toujours vers la même époque, nous avons les travaux de H. Claude, Mignard, Durant-Saladin, et tout près de nous ceux de Levy-Valensi, Delmas-Marsalet, Lagache et Vie. Toute une série de psychoses secondaires à certaines situations, à certains conflits allaient être décrites. Ces psychoses de conflit reprises dernièrement font l'objet d'une étude remarquable de Guiraud et Caloutsis, sur laquelle d'ailleurs nous reviendrons. De même Lévy-Valensi a tracé en 1936 un très intéressant tableau des psychoses réactionnelles proprement dites. Il en limite le cadre et conclue : « Ce que le choc moral détermine, ce sont les

manifestations que nous connaissons bien, variant avec les constitutions mentales. »

Mais pour bien comprendre, pour bien situer tous les travaux qui ont été écrits sur les psychoses réactionnelles, il faut considérer trois grandes périodes depuis le début de ce siècle jusqu'à nos jours :

En premier lieu, la guerre de 1914-18 et ses répercussions a facilité dans une certaine mesure l'éclosion des psychonévroses de guerre.

En second lieu, dans la période située entre les deux guerres mondiales, les bouleversements sociaux, les grèves et les krachs financiers ont provoqué la naissance de nombreuses psychoses : délires de grèves, psychopathies créées par le chômage... et tout le cortège habituel des psychoses situationnelles, psychoses de compensation et de dépaysement, d'isolement, psychoses carcérales et émotionnelles.

En troisième lieu, la dernière guerre mondiale avec l'envahissement de l'Europe, les bombardements, les camps de concentration et les persécutions ont suscité le déclanchement de toute une série de nouveaux cas de psychoses. En plus des vraies psychonévroses de guerre, la vie dans les camps de prisonniers a remué les âmes autant que les corps et a fait apparaître chez certains comme un état d'esprit « Concentrationnaire ».

a) Précédant les publications sur la guerre de 1914-18, Lunier avait écrit un important mémoire sur les événements de 1870-71. Mais c'est surtout au cours de la guerre 1914-18 que les psychonévroses de guerre furent étudiées.

Roussy et Lhermite, G. Dumas, Léry, Voivenel, Claude Dide, Mallet, publièrent entre 1917 et 1921 toute une série de travaux sur ces psychoses.

A cette époque, de nombreuses discussions s'établirent sur l'importance de deux facteurs qui apparaissent essentiels aux auteurs : le traumatisme et l'émotion. On élargit alors la part due au dernier, mais on use avec trop de libéralité du mot « commotion cérébrale ». Gilbert Bachet

et Rogues de Fursac furent les plus distingués défenseurs de cette théorie. D'autres furent des dualistes : Clovis Vincent, Capgras, Juquelier et Bonhomme. D'ailleurs pour tous, l'émotion a une valeur toute autre qu'un facteur psychogène. Tout d'abord seule est prise en considération l'émotion-choc; très peu d'allusion aux complexes survenus dans le passé lointain. Cependant la thérapeutique s'est orientée vers les méthodes dites physiologiques. C'est d'ailleurs une psycho-thérapie toute superficielle qui ne s'attaque guère qu'aux symptômes extérieurs; rares sont les auteurs qui la font en profondeur.

Par contre, les Anglo-Saxons ne font pas le rapprochement entre les accidents somatiques locaux et les accidents psychiques observés chez les mêmes sujets. Ainsi ils donnent un relief particulier aux facteurs de prédisposition psychique et une place importante à la psychothérapie.

Parmi les principaux noms, citons Rivers, Brown et Hadfield.

En Allemagne, après un débat passionné entre « organicistes » et « psychogénistes » ces derniers, avec Bonhoeffer, Kretschmer, Birnbaum, l'emporteront et seront « l'opinion officielle ».

Ils aboutiront ainsi à porter un jugement de valeur sur la personne morale et sociale du névrosé de guerre et nous verrons chez eux l'application de traitements nettement repressifs. On isole en chambres noires, on baigne, on faradise, « on bouscule » les malades aussi bien physiquement que moralement. Tous, d'ailleurs, n'appliquent pas cette méthode comme Nonne, Abraham et Simmel.

b) Si, pendant cette période bouleversée, les psychonévroses de guerre avaient occupé une place importante, les temps calmes revenus, l'attention fut attirée sur toutes les autres psychoses. Les chocs moraux, s'ils changent de forme, n'en sont pas moins aussi nombreux que durant les périodes troublées.

Certains chocs déclanchent eux-aussi des réactions psy-

chogènes qui peuvent frapper des collectivités toutes entières, soit brusquement, soit progressivement. Dans cet ordre d'idées, les conflits sociaux, les mouvements idéologiques agissent en tant que choc sur des constitutions mentales déficientes. De 1935 à 1938, la France fut déchirée par tous ces conflits d'opinion. Lévy-Valensi, Delmas-Marsalet, Sivadon, Laignel-Lavastine et Leconte en ont publié de nombreux travaux, ainsi que deux articles remarquables de Dupouy et Neveu et de Dupouy et Leconte. D'où l'apparition de nombreuses psychoses réactionnelles à type mélancolique ou confusionnel apparaissant surtout sur des sujets prédisposés. Suivant J. Vie, le chômage joue un triple rôle de choc moral, de désadaptation et de désœuvrement. Mais cette action s'exerce surtout sur des sujets presque toujours prédisposés dans un milieu social néfaste.

Les conflits moraux représentent un terrain d'apport très important aux psychoses réactionnelles. Suivant leur constitution mentale, prêtres, officiers, professeurs, instituteurs font des réactions psychogènes liées à leur profession, Kretschmer a insisté sur ce sujet. Certains présentent alors des délires de relation propres aux sensitifs ou des délires d'interprétation à base affective..

Leconte, puis Lévy-Valensi font une place à part aux psychoses situationnelles secondaires parfois aux chocs quotidiens d'une existence pénible. Désillusion d'une vie, mauvais traitements, contact permanent avec un alcoolique, vie sentimentale gachée, telle est l'observation rapportée par Abely et Leconte, sur un état maniaque après veuvage.

Mignard et Durand-Saladin observent fréquemment des psychoses de dépaysement et d'isolement chez des jeunes soldats et chez les marins. De même K. Jasper nous montre le cas de ces jeunes filles pauvres transplantées comme bonnes d'enfants qui assassinent les petits confiés à leur garde comme si cet acte de retranchement ferait en sorte de les faire revenir chez elles.

Les psychoses carcérales furent l'objet de nombreux travaux de Giscard, de Heuyer et Fouquet, de H. T. Young.

c) Nous arrivons maintenant à notre époque qui, depuis 1939, a été troublée par de multiples événements. Les auteurs anglo-saxons ont fait de nombreux travaux sur les névroses de guerre et sur celles provoquées par les bombardements. Continuant leur tendances psychologiques, ils ont la conviction que celles-ci sont invariablement liées à des émotions réprimées. C'est l'opinion de Denny-Brown et Guttmann. Patterson, Symonds attribuent cependant quelque importance à la confusion mentale. La médecine psycho-somatique, qui a pris un énorme développement, s'intéresse vivement au matériel d'expérience que les événements lui apportent et se satisfait trop facilement en présence des manifestations physiques qu'elle étudie, d'une déclaration d'origine psychogène qui, en réalité, n'explique pas tout.

En France, Sutter, Stern et Susini nous font connaître ce point de vue anglo-saxon dans leur « Evolution des psychonévroses de guerre », et soulignent que « dans la hiérarchie des facteurs psychologiques reconnus responsables des névroses, l'émotion-choc des auteurs français de 1914-1918 a cédé la première place aux situations conflictuelles souvent antérieures au moins pour une part au combat et à la guerre elle-même. »

Abely nous parle également des conflits par surmenage affectif, Carrot et Bachet nous entretiennent de la grande majorité du caractère réactionnel des états psychopathiques de la captivité ainsi que Sivadon et Bertrand. Dans un même ordre d'idées les camps de concentration, qui par la terreur, l'épouvante et l'humiliation ont épuisé moralement les âmes, ont modelé la genèse des réactions psychiques du « Concentrationnaire ». David-Rousset, Eugen Kogon, Citrome l'ont décrit dans leurs livres.

Pendant cette période, les activités courantes de la vie ont suivi leur cours.

Daniel Lagache nous a décrit toutes les réactions des jaloux dans son livre « La Jalousie amoureuse ». De même Guiraud et Caloutsis nous parlent des nombreux incidents de la vie sexuelle produisant des différents chocs émotifs. Ils font une place à part parmi les psychoses réactionnelles aux psychoses de conflit s'observant chez les jeunes filles à la période de « réalisation pratique » de l'instinct sexuel.

Enfin, nous ne saurions mieux montrer l'actualité du sujet qu'en signalant que la dernière session du Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française (Clermont-Ferrand, septembre 1949), avait pour thème de ces discussions : Les psychoses réactionnelles qui furent le sujet d'un remarquable rapport de Chatagnon.

LES FORMES CLINIQUES

Dans notre pratique et dans les diverses publications nous avons dépouillé un grand nombre d'observations qui nous permettent de décrire différentes formes cliniques de psychose réactionnelles. C'est ainsi que nous trouvons :

Une forme dépressive,

Une forme excito-motrice,

Une forme confusionnelle,

Une forme délirante,

Une forme polymorphe.

Nous en exposons ci-dessous les principales caractéristiques cliniques, en y joignant les observations que nous avons pu recueillir.

Nous nous sommes trouvés devant un matériel clinique énorme. L'analyser nous eut amenés à l'étude de toute la pathologie mentale, le rapporter nous aurait contraints à des développements considérables.

C'est pourquoi, bien qu'on puisse nous reprocher d'avoir schématisé à l'extrême, nous nous bornons au court résumé qui suit.

Une autre attitude est possible, à savoir classer les psychoses réactionnelles d'après les circonstances d'apparition : psychoses de grève, psychoses de captivité, psychoses de chômage, psychoses de guerre, psychoses de bombardement, psychoses de la vie affective, etc... Nous avons jugé inutile de revenir sur chacun de ces cas, qui a été traité par les auteurs dans des articles que l'on trouvera mentionnés à la bibliographie.

I. - Forme dépressive.

Nous sommes en accord avec Delay pour dire que c'est la forme la plus fréquemment rencontrée. La symptomatologie en est assez variée et il existe tous les degrés d'intensité, depuis la dépression simple jusqu'au grand syndrome mélancolique. Le schéma clinique le plus caractéristique est le suivant :

Tristesse, ennui, découragement, dégout de la vie, désir de mort pouvant aller jusqu'à l'idée de suicide. Crises d'anxiété plus ou moins marquées avec angoisse. Inhibition intellectuelle et affective. Asthénie, difficulté d'agir, inaptitude au travail. Ralentissement des fonctions somatiques.

En général, on relève dans les antécédents personnels du malade, une tendance à la tristesse, une hyperémotivité constitutionnelle qui semblent constituer un terrain favorable à l'éclosion d'une réaction psychogène.

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Bargues)

Mme Claudine B..., 28 ans.

Aucun antécédent psychopathique familial. Rien à signaler non plus dans ses antécédents personnels.

Mariée, un enfant bien portant. Un autre décédé à l'âge de 18 mois d'une pyrexie indéterminée.

Depuis la mort de l'enfant, insomnie totale. Abandon progressif de ses occupations, anxiété permanente avec accentuations paroxystiques, crainte de maladie pour elle-même et pour son entourage.

Cet ensemble s'accentue progressivement. Vers le 20 janvier 1949, se trouve réalisé un grand tableau de mélancolie anxieuse et délirante.

Elle est responsable de la mort de son enfant, elle a contracté la syphilis et va contaminer tout le monde. Elle mérite la mort.

Agitation intermittente intense.

L'examen somatique général et l'observation biologique sont négatifs.

La guérison survient après dix séances d'électro-choc et se maintient par la suite.

L'exploration la plus attentive du passé de cette malade, en particulier au cours de longues conversations à intention psychothérapeutique, a révélé l'existence d'un déséquilibre hyperémotif très ancien et de tendances anxieuses s'extériorisant de façon épisodique.

Commentaire de l'observation :

Il semble qu'on ne puisse trouver plus nettement un choc affectif suivi de l'apparition de manifestations psychotiques chez une personne indemne en apparence, d'antécédents psychopathiques. Dès le lendemain même de la mort de son enfant, cette jeune femme a perdu le sommeil et s'est montrée anxieuse.

Cependant, le tableau fut celui d'une mélancolie délirante banale et évolua comme telle sans aucune caractéristique spéciale, le décès même n'occupant pas une place particulière dans les propos de la patiente. D'autre part, les explorations secondaires ont révélé les anomalies du terrain et même une ébauche de périodicité anxieuse.

II. - Forme excito-motrice.

Cette forme correspond à l'accès maniaque classique : euphorie fondamentale, mais variabilité extrême de l'humeur. Besoin de mouvement. Syntonie. Ironie s'exerçant aux dépens de l'entourage. Logorrhée, fuite des idées conduisant à la pseudo-incohérence. Accessoirement, érotisme, hallucinations, etc...

Comme pour la manie proprement dite, les types francs sont rares et d'ordinaire on rencontre des formes intermédiaires, et plus particulièrement une forme pauvre, avec absence d'inventivité, répétition monotone des mêmes pro-

pos, manque d'ironie, de causticité, le plus souvent en rapport avec une pauvreté idéique symptomatique d'une débilité mentale.

L'évolution se fait spontanément vers la guérison. Cependant la durée de l'accès est considérablement raccourcie par la thérapeutique.

Le retour à l'état antérieur a été obtenu chez le malade dont nous rapportons l'observation personnelle, après cinq semaines de traitement.

OBSERVATION II.

(Empruntée à MM. Abely et Leconte).

Mme Jeanne C..., 40 ans.

Enfance malheureuse marquée par les disputes des parents, l'abandon du père, la misère, l'alcoolisme de la mère, la dureté d'une tante qui l'avait prise chez elle.

La mort du mari a entraîné chez notre malade un accès maniaque bien caractérisé. L'accès a débuté très rapidement après le décès.

Après quelques heures de retenue devant les visiteurs, Jeanne s'est livrée à des manifestations désordonnées de joie ; montée sur une chaise, elle gesticulait dans la chambre mortuaire.

Auparavant, elle n'avait jamais eu d'accès psychopathique.

Son mari ne lui donna jamais aucune satisfaction sexuelle ni sentimentale. D'allure bizarre, déséquilibré, paranoïaque, il s'intéresse beaucoup au spiritisme. Paresseux, ne travaillant pas, elle devait subvenir aux besoins du ménage. Réellement malade, il était sans doute atteint des complications de l'alcoolisme chronique. Depuis six ans, il était devenu complètement impotent et se montrait impuissant. Dans les derniers mois, il ne pouvait se mouvoir et restait confiné au lit.

Femme de devoir, elle fut admirable de dévouement, malgré les ressources qu'elle apportait par son travail, elle n'arrivait plus à assumer les dépenses occasionnées par la maladie du mari. De plus, elle était obsédée et, plus encore dans les dernières années par le besoin d'affection et de satisfaction sexuel-

le qu'elle n'avait jamais connues. La brutalité du mari, son insuffisance génitale manifeste depuis le début du mariage avaient exaspéré cette obsession.

Elle avait des notions très strictes de fidélité conjugale. A un moment vivement attirée par un jeune homme, elle quitte sa place plutôt que de succomber. Cependant, elle a une fois des relations avec un ami, mais ce fut une passade de courte durée. Ensuite, honte et remords considérables.

De plus, les pratiques de spiritisme du mari avaient impressionné la malade. Elle arrive à interpréter la fidélité et le dévouement dont elle faisait preuve à l'égard de cet homme qu'elle n'aimait pas, comme une emprise personnelle.

Commentaire de l'observation :

On peut se demander si cette malade n'aurait pas fini par ébaucher un délire d'influence si la situation avait persisté. Ce dénouement assez brusque d'une situation moralement et matériellement désespérée, apporta à la malade un soulagement profond.

C'était enfin la libération sous toutes ses formes.

Le conflit était ici parfaitement conscient et clair tant pour la malade que pour l'observateur et la psychose est née non pas du conflit mais de sa solution.

Dans ce cas, l'émotion n'a pas la valeur qu'on lui attribue normalement, ici ce n'est pas la perte du mari qui fut douloureuse; l'émotion suscitée fut minime. C'est la qualité agréable qui l'a emporté sur sa qualité douloureuse. Cette femme s'est vue libre, elle n'a plus pensé à toutes les souffrances qu'elle avait endurées. Un seule chose, vu son âge, a été son but : refaire sa vie.

Le deuxième point à souligner c'est que le facteur déterminant de cet état maniaque fut la misère matérielle et morale de la malade qui a précédé la mort du mari. Au fond, ce qui a préparé le terrain à la psychose, c'est la multiplication et la sommation des chocs qui l'ont assaillie journellement.

On peut même considérer un troisième point. En principe, l'individu regarde toujours vers l'avenir, car le passé s'estompe très vite. Cette malade a vu la perspective de cet avenir qui s'annonçait mieux que son expérience passée. Le tout ajouté à l'émotion triste fut un facteur déterminant qui l'a amenée à cette euphorie exagérée.

III. - Forme confusionnelle.

Dans l'ensemble des psychoses réactionnelles, la forme confusionnelle n'est pas une rareté. Nous rappelons brièvement l'aspect clinique du confus : le faciès traduit l'égarement, on note dans le regard un impuissant effort que fait le malade pour sortir de son hébétude. Les gestes sont gauches, mal assurés, indiquant des intentions incertaines. La parole est hésitante, le mutisme fréquent. Les troubles de l'attention constituent un obstacle sérieux à l'examen mental. La lucidité est très atténuée, la désorientation temporo-spatiale complète. D'une façon générale, toutes les fonctions intellectuelles sont considérablement perturbées.

Le tableau se complète par la présence quasi-constante de symptômes physiques : amaigrissement, fièvre, fétidité de l'haleine, langue saburrale.

OBSERVATION III.

(Service de neuro-psychiâtrie de l'hôpital d'Agen).

Mlle Jeanne P..., 22 ans.

Faciès hagard, mutisme complet, telle est la malade qui est amenée à l'hôpital Saint-Jacques par son docteur, le 20 septembre 1948, qui nous donne lui-même tous les renseignements.

Aucun antécédent psychopathique ; mais caractère dur, renfermé.

Deux déceptions amoureuses ont marqué sa vie jusqu'à maintenant. La première fois sans raisons valables, son mariage est rompu. La deuxième fois (et c'est ce qui l'amène dans

le service), les renseignements recueillis sur le fiancé étant mauvais, les parents ont presque imposé la rupture. La jeune fille l'avait assez bien accepté en apparence.

Elle reste pendant un ou deux jours tout à fait normale mais, un mercredi, elle revient le soir avec les jupes mouillées expliquant aux parents qu'elle avait voulu se noyer, mais n'y avait pas réussi. L'endroit de sa tentative ne s'y prêtait guère, il n'y avait pas plus de quatre-vingt centimètres à un mètre d'eau. Elle passe une nuit agitée mais le lendemain vaque normalement à ses occupations.

Le vendredi matin ses parents sont alertés par les voisins. Ceux-ci l'ont retirée de ce même ruisseau où elle avait tenté une première fois de se suicider. Le docteur arrive aussitôt. Etat comateux mais pouls et respiration normaux. Contracture de tous les muscles et des membres et du corps qui persiste jusqu'au lendemain matin. Résolution musculaire dans la matinée du samedi, quelques mots.

Le mutisme redevient vite complet. Impossibilité de l'alimenter, petite température à 38°, fétidité de l'haleine. Anesthésie cutanée complète. Dans la nuit, incontinence d'urine. Le lendemain, au contraire, on est obligé de la sonder. La veille de son entrée à l'hôpital, elle semble sortir de son sommeil, s'asseoit sur son lit dit quelques mots sans suite, est complètement désorientée dans le temps et l'espace. Elle retombe vite dans son mutisme et arrive le lendemain à l'hôpital dans un état de stupeur complet.

A l'hôpital, l'examen somatique ne révèle rien de particulier, pas de température. Anesthésie cutanée surtout au niveau des membres. Séjour à l'hôpital de six semaines.

La guérison survient après dix séances d'électro-choc.

Commentaire de l'observation :

Le second choc affectif a été ressenti très vivement par cette jeune personne puisque les manifestations psychotiques n'ont pas tardé à faire leur apparition.

Cet état de stupeur est une forme confusionnelle atypique. Nous y retrouvons de nombreux signes pithiatiques

ce qui ferait toutefois penser que l'intégrité psychique était quelque peu troublée auparavant.

IV. - Formes délirantes.

Des idées délirantes de toute nature peuvent se rencontrer dans les formes que nous venons de décrire. Idées d'indignité, de culpabilité, d'infériorité, de ruine dans la forme dépressive; idées délirantes généralement à thème de grandeur dans la forme excito-motrice. Nous faisons entrer dans ce cadre les psychoses dont le syndrome délirant est un délire, à mécanisme hallucinatoire ou interprétatif, bien systématisé, ou tout au moins présentant une ébauche de systématisation.

Il est évident que tous les thèmes peuvent se rencontrer.

OBSERVATION IV.

(Empruntée à MM. Courbon et Leconte).

M. Conrad B..., 39 ans.

Interné pour un délire, il se croit empereur d'Allemagne, appelé par Hitler à gouverner sa patrie. C'est pourtant un Israélite qui, depuis de nombreuses années a subi le contrecoup de la croisade raciale entreprise par le gouvernement hitlérien.

Chez ses parents, aucun antécédent psycho-pathique. Cependant, sa sœur fut traitée à différentes reprises pour des accès de mélancolie. Antécédents personnels normaux.

Bonnes études littéraires et scientifiques. Devint journaliste dans la presse social-démocrate. Epousa la fille d'un des plus puissants dignitaires de l'Empire et, pendant des années, mena une vie laborieuse, mondaine et heureuse dans la haute société berlinoise.

La promulgation des lois antisémitiques le fit refugier avec sa femme à Paris avec une importante somme d'argent qui s'épuisa à la longue.

Il travailla alors, apprit plusieurs métiers mais ne réussit nulle part.

De nature peu communicative, il devint de plus en plus renfermé, avec sa femme toujours plus ami qu'amant, il n'arrivait plus à subvenir aux besoins du ménage. Des réfugiés politiques décidèrent de prendre la femme chez eux pensant qu'il se tirerait mieux d'affaire tout seul. Elle fait des travaux de couture et paie la note du mari à l'hôtel.

En automne 1936, on le fit s'engager dans la Légion internationale d'Espagne, il y souffrit beaucoup. De plus, il fut arrêté au moment des émeutes de Barcelone, gardé 24 heures dans une chambre d'hôtel et menacé d'être exécuté. Relâché, il regagne Paris.

En juin, il y arrive décharné et exténué, sa femme essaie de le suralimenter. Le 19 juillet, il était arrêté sur la voie publique à cause de l'extravagance de ses gestes et de l'incohérence de ses propos. Quatre jours après, le médecin-chef de la Préfecture de Police le rend à sa femme. Il reste tranquille plusieurs semaines. Un dimanche d'août, sa femme le trouve plus bizarre que de coutume, il parlait d'expériences sensationnelles, il la quitte brusquement et le soir même elle apprend par le commissaire de police qu'il avait été arrêté dans une chambre d'hôtel. On permet à sa femme de le reprendre et il entre à Sainte-Anne immédiatement. Un certificat du docteur Genil-Perrin fait foi de son état : « Etat d'excitation atypique. Troubles du comportement. S'est introduit nuitamment dans une chambre d'hôtel pour y faire des expériences. Idées délirantes de grandeur et d'invention. Syndromes d'influence. Actes suggérés. Hallucinations auditives. Vague conscience du trouble de sa personnalité ».

Le malade reste plusieurs semaines dans l'état décrit par certificat. Bien orienté dans le temps et dans l'espace, il racontait son histoire sur un ton indifférent.

Il réclamait sa sortie pour aller en Allemagne, bien qu'étant non-aryen et disait qu'il allait gagner largement sa vie là-bas ; les reportages qu'il ferait de ses aventures dans les journaux lui assureraient une fortune. C'est pour se documenter pour un article sensationnel ayant comme titre : « Comment est assurée la sécurité des visiteurs de l'Exposition Internationale de 1937 », qu'il prétendait s'être introduit par ruse dans une chambre d'un des plus grands hôtels de Paris. C'est là

qu'il fut arrêté et conduit au Commissariat.

Pendant son séjour à l'asile, l'examen somatique ne révéla rien de particulier. Le traitement consista en un abcès de fixation avec toniques et suralimentation. L'amélioration apparut rapidement et alla en s'accentuant. Le sujet fait une critique de ses troubles mentaux passés. Il avoue avoir inventé le mobile du reportage, en réalité, il croyait réellement qu'il pouvait tout se permettre. Il lui semblait que la vie était truquée. En somme, il y avait deux mondes séparés, le monde réel et le monde imaginaire qu'il croyait réel.

Commentaire de l'observation :

Ce délire polymorphe et flou à prédominance d'idées de grandeur avec phénomènes d'influence, de discordance, pouvait faire redouter une évolution schizophrénique.

Bien que le rôle des causes exogènes fut énorme, il ne supprime pas celui de la prédisposition individuelle : dans son cas il ne fut pas le seul à être frappé; il était seulement moins résistant.

L'existence d'une sœur neurasthénique est la preuve d'une tare héréditaire.

Cette bouffée délirante doit être classée dans le groupe des psychoses réactionnelles. Le rôle pathogène de ces événements raciaux est indiscutable. D'ailleurs les mouvements sociaux qui bouleversèrent la France en 1936 en ont révélé de nombreux cas.

V. - Forme polymorphe.

Nous ne décrirons que la forme la plus connue de psychoses réactionnelles de type polymorphe. Elle se caractérise par la simultanéité d'une excitation psychique avec agitation motrice du type maniaque et de signes épisodiques de désolation avec pleurs, gémissements, présentant un certain caractère d'exagération, de théâtralisme. En même temps manifestation d'idées délirantes sans systé-

matisation et de thèmes excessivement variables, aussi bien de grandeur que de persécution ou d'indignité.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Bargues).

Mme Denise D..., 29 ans.

Aînée de trois enfants dont l'un est atteint de tuberculose pulmonaire et l'autre en bonne santé apparente, la malade appartient à une famille rurale modeste.

Mère alcoolique chronique.

On signale dans son passé, un incident psycho-pathique survenu à l'âge de 17 ans, qui fut étiqueté « dépression mélancolique atypique » et qui nécessita un internement de plusieurs mois.

Mariée en 1947, elle est mère d'un fils unique né en août 1948.

Le 20 août 1949, à l'occasion du grand incendie des Landes, son mari est brûlé. Dès ce moment, l'entourage note un changement du comportement, une insomnie totale, la perte de l'appétit et une instabilité motrice avec anxiété. L'apparition progressive de toutes ces manifestations nécessite l'hospitalisation le 13 septembre 1949.

A l'entrée, état général médiocre, avec encombrement digestif mais sans fièvre avec azotémie normale. Le tableau est très polymorphe avec des phases mélancoliques anxieuses alternant avec des bouffées d'excitation : récriminations incessantes contre sa famille, son entourage, et le personnel, érotisme, interprétations délirantes à thème de persécution, fond de débilité mentale, monotonie et pauvreté extrême de l'idéation.

Dix séances d'électro-choc transforment l'humeur et font disparaître les manifestations anxieuses, mais le reste du tableau est identique. On institue une cure de Sakel au cours de laquelle va s'effectuer un retour progressif à la normale.

Commentaire de l'observation :

Si l'oligophrénie constitutionnelle ne faisait aucun doute, le diagnostic pouvait hésiter par contre entre l'hypothèse

d'une manie atypique et pauvre et celle d'un syndrome polymorphe rappelant la bouffée polymorphe de Magnan.

Par la suite, on a pu concervoir des craintes d'évolution dissociative qui ont justifié la mise en œuvre d'une cure de Sakel.

La chronologie des faits est assez nette pour qu'un rôle de choix soit imputé à la mort du mari; c'est le lendemain même que l'insomnie est apparue, suivie des manifestations rapportées ci-dessus, mais les anomalies du terrain sont prouvées par la débilité mentale et surtout par l'accès antérieur qui nécessita l'internement à 17 ans.

PSYCHOSES REACTIONNELLES

ET REACTIONS PSYCHOGENES

En résumé, il n'y a pas de tableau clinique propre aux psychoses réactionnelles. Nous venons de voir que toutes les formes se rencontrent. Seule la chronologie des faits établit un lien entre toutes ces formes.

De même, il n'y a pas de thérapeutique propre aux psychoses réactionnelles. Tout a été fait et, chaque intervention a son lot de succès et d'échecs. La suppression du facteur causal lui-même ne met pas toujours fin à la vésanie, comme certains l'ont écrit et comme d'autres en ont fait le critère essentiel des psychoses de choc.

De même que la complication d'une maladie somatique évolue pour son propre compte, indépendamment de sa cause, la psychose peut poursuivre son cours même après la fin de l'élément déclanchant.

Par conséquent, tout ce qui a été décrit, aussi bien dans les pays de langue allemande par Jaspers, Bleuler, Bonhoeffer, Kretschmer, que dans les pays de langue française par Heuyer, Mignard, Montassut, Courbon, Leconte, Dupouy, Vié, Abely, ne se justifie que dans un cadre pathogénique et circonstanciel. Le caractère circonstanciel est établi par la chronologie, qui est formelle dans toutes les observations et pose le problème pathogénique.

Dans toute psychose réactionnelle, nous trouvons cette même chronologie, qui présente tout le temps le même schéma : terrain de prédisposition puis choc, puis les premiers signes psychopatiques et enfin l'évolution de la psychose d'aspect banal.

Mais si les réactions du psychisme normal avec leur

équilibre scrupuleusement dosé entre émotion et réaction sont pour nous très compréhensibles, l'intelligibilité n'est par contre pas toujours aussi patente lorsqu'il s'agit des réactions psychogènes du cadre pathologique. Car suivant Chatagnon : « Nous sommes — avouons-le — souvent devant une faille infranchissable et c'est peut-être pourquoi nous nous réfugions dans des formulations théoriques. »

Les psychoses réactionnelles n'ont qu'un seul caractère commun, les réactions psychogènes, c'est-à-dire la réaction à une expérience psychique vécue. Mais la psychologie et la psychopathologie s'intriquent dans de telles réactions et on peut se demander où se limite de chaque côté leur domaine. Les démarcations précises entre la réaction psychogène et les états normaux sont impossibles, c'est cependant cette même réaction psychogène qui fait le trait d'union entre les phénomènes psychologiques normaux et les phénomènes psychopathologiques à proprement parler.

Toute psychose réactionnelle est le résultat de l'action réciproque entre le terrain, c'est-à-dire la disposition, la prédisposition spécifique ou non pour une manifestation morbide, et l'expérience psychique vécue qui a provoqué cette manifestation. Par conséquent, si l'individu ne peut pas faire les frais de l'accident psychonévrotique, il succombe. C'est évident et admis par tout le monde et surtout par les psychanalystes.

Pour qu'il y ait réaction psychogène, il faut que l'expérience psychique vécue, contienne une charge affective.

En principe, toute psychose peut provenir d'un conflit. Cette situation conflictuelle ne provoquera pas forcément la psychose. Si le conflit se résoud normalement, tout reviendra à un ennui, à une simple anxiété qui sera vite balayée par l'oubli.

Pour qu'il y ait psychose, il faut que la situation conflictuelle provoquant la réaction psychogène, se termine par un échec. Guiraud et Caloutsis nous en ont déjà parlé, par exemple, pour les jeunes filles au moment de la réalisation

pratique de l'acte sexuel. Guiraud croit à l'unité organo-psychique de l'individu : ce n'est surtout pas des réactions psychogènes qu'il y a pour lui, mais « des réactions à des situations vitales ».

L'intérêt véritable des psychoses réactionnelles est dans les psychoses consécutives à un conflit instinctif grave sans forte prédisposition. Il faut se garder à ce moment-là de confondre psychose et névrose. Le névrosé rejoint mieux que celui qui fait une psychose les concepts de la Médecine Psychosomatique.

Si on élargit le débat, tous les accidents psychonévrotiques sont réactionnels à une situation donnée dont l'individu ne peut pas faire les frais.

Toute émotion peut devenir pathogène si elle rencontre la prédisposition qui convient, le choc provoquant l'émotion n'est pas unique la plupart du temps et nous avons à faire souvent à une suite d'événements qui marquent petit à petit le psychisme de l'individu. C'est une véritable sommation de chocs.

Parfois l'événement déclanchant apparait unique, mais si nous soumettons le malade à une série de séances de psychothérapie nous apercevons sous le voile du passé de nombreux faits propices à la réaction psychogène.

Suivant la prédisposition naturelle des individus à des formes déterminées d'émotion répondent des formes déterminées de réaction. Ainsi une émotion triste, comme la mort d'un homme, devrait conduire en général à une réaction dépressive, la colère à la crise explosive... Mais ceci n'est pas un critère, si les impulsions sont réprimées depuis longtemps, l'explosion au moment du choc final est parfois en sens inverse. Ainsi l'observation de manie après veuvage nous en donne la preuve. En définitive, la teinte de l'affectivité et le contenu de l'événement vécu concourent donc de concert avec le fond biologique de l'individu, à l'expression de la traduction clinique de la réaction psychogène.

On considère maintenant la personnalité dans son ensemble et on estime que les causes morales agissent sur la totalité même de la structure psychique et somatique complète. D'ailleurs, les rapports de l'âme et du corps sont très étroits. Le mélancolique n'a-t-il pas une langue saburrale, une atonie globale et des altérations vasculaires ? Cette conception du problème est profondément pénétrée de concepts psychanalytiques. Pour les psychanalystes, c'est le refoulement, le transfert, puis l'action agressive des chocs moraux qui sont la cause essentielle des manifestations psychopathologiques.

La réaction psychique apparaît souvent pour un trauma minime qui déclanche la psychose réactionnelle. Cette résistance psychique de l'individu s'est émoussée petit à petit à l'occasion d'un conflit qui l'a oppressé d'une façon permanente. D'autres fois, la situation conflictuelle est toute intérieure et date de l'enfance. Ainsi un événement vécu, d'ordinaire sexuel, au lieu d'être élaboré normalement, est refoulé dans le subconscient. Il y couve et s'y transforme la plupart du temps. A l'occasion d'un conflit actuel, il se soudera sous une forme symbolique méconnaissable et, rejeté dans la conscience il provoquera une névrose.

Il est des cas ou un choc affectif, une situation conflictuelle, ne créent pas une névrose ou une psychose proprement dire, mais un comportement qui pose des problèmes complexes comme celui du suicide non pathologique. Ainsi dans l'observation suivante :

M. Gilbert M..., 24 ans. Ouvrier agricole. Interné le 4 décembre à l'hôpital psychiâtrique de Pulet. Sorti le 14 décembre 1948.

Le jeudi 2 décembre, Gilbert, après son travail rentre à la ferme. Il est seul dans une pièce où se trouve le portefeuille de son patron. Il l'ouvre par curiosité, sans intention de voler, dit-il. La femme de son patron le surprend ainsi et rapporte les faits à son mari, qui se met dans une violente colère et

accable Gilbert de reproches. On le traite de voleur, lui qui n'a jamais commis ou eu l'intention de commettre le moindre larcin. Il est bouleversé. Il a, d'autre part, des ennuis d'ordre sentimental (trois femmes qu'il fréquentait sont actuellement enceintes) si bien qu'il juge la situation désespérée et décide d'en finir avec la vie. Muni d'une lame de rasoir, il se rend aux cabinets et s'entame le poignet gauche, puis, il gagne la grange où on le trouve.

Hospitalisé à Marmande, il sort de l'établissement sans éveiller l'attention dans l'après-midi du vendredi et fait une deuxième tentative de suicide en se jetant à la Garonne du haut du pont. Pour être plus certain de réaliser son désir de mourir, il prend la précaution de sauter à un endroit où se trouvent des moellons sur lesquels il pense s'assommer avant de se noyer. Il tombe à l'eau sans toucher les pierres et, quand il remonte à la surface, il entend un bruit de moteur : des bateliers, alertés par le bruit de la chute, se rendaient sur les lieux. Quand il les voit, il renonce à mourir et nage vers eux, il est ramené à l'hôpital par les gendarmes et son internement est décidé.

Gilbert est un jeune garçon vigoureux au teint coloré, au visage ouvert, à la mine expressive. Ses traits sont réguliers, sans stigmates dégénératifs. Il s'exprime convenablement et nous fait spontanément le récit des faits qui ont motivé l'internement.

On est frappé d'emblée par son expression joviale que l'on ne s'attendait pas à trouver chez un sujet qui, il n'y a pas vingt-quatre heures, tentait pour la deuxième fois de mettre fin à ses jours.

D'origine très modeste, il est le septième enfant d'une famille de huit enfants, dont six sont actuellement vivants. Tout jeune, il aide aux travaux des champs et pour cette raison ne fréquente pas l'école. Son analphabétisme est total. Son père, actuellement dans un asile de vieillards, était vraisemblablement éthylique. Il reproche à sa mère d'avoir négligé leur éducation et de leur avoir imposé la présence de son amant. Ses frères et sœurs sont en bonne santé, un seul est infirme, séquelle de polio. Il n'a jamais été gravement malade, a subi une intervention pour hernie inguinale. Pas de convulsions

infantiles. Pas de comitialité. Pas de maladie vénérienne avouée. A plusieurs reprises depuis l'âge de 14 ans, il se place chez des cultivateurs.

Bien qu'illetré, il confirme l'impression favorable qu'on a de lui au premier abord. Au test de Binet et Simon, son âge mental est de 12 ans et on ne peut faire de lui un débile mental.

Il justifie son acte par la dispute avec son patron l'accusation faussement portée contre lui, ses « tracas » sentimentaux. Il semble sincère et ne pas dissimuler d'autre raison qui expliquerait mieux une décision aussi grave.

Il certifie aussi bien avoir eu le désir de mourir que le désir, maintenant, de ne pas recommencer.

C'est la première fois qu'il tente de se tuer. Jamais, il n'a fait de fugues. Il s'entend bien avec tout le monde. Personne ne lui veut de mal. Il admet cependant que son inculture le place dans un état d'infériorité dont il souffre parfois. Il n'est ni violent, ni querelleur.

Ses employeurs sont satisfaits de lui. Il est depuis trois ans chez le même patron.

Il regrette son acte et formule déjà des projets d'avenir. Parfaitement syntone, il ne présente aucun signe de dissociation.

COMMENTAIRES

Ce garçon n'est ni oligophrène, ni psychopathe. La seule réserve à ce sujet résiderait dans l'hypothèse d'un schizophrénie, dont on sait la fréquence dans la genèse des actes immotivés en apparence.

Mais aucun signe dissociatif ne pouvait être mis en évidence. D'autre part, la syntonie a été parfaite et les tentatives de suicide n'étaient pas sans raison. Bien au contraire la mort aurait résolu le conflit. On peut donc dire que devant une situation qu'il est incapable de résoudre (et qui chez un autre aurait pu être génératrice de psychose) Gilbert a choisi la mort. Sa position pose le problème du suicide non pathologique. Son observation illustre notre thèse de la conséquence variable selon le terrain.

Le comportement d'un individu se définit par l'effort d'adaptation de sa propre personnalité à une situation donnée. Chaque individu réagit à une expérience psychique vécue selon son état psychologique. Les psychoses réactionnelles ne sont pas un fait social, c'est un fait individuel. Tout découle de la plus ou moins grande fragilité psychique de chaque individu : là se trouve le véritable substratum de la psychose. Cette fragilité psychique prépare ainsi le lit aux « états réactionnels » qui ne sont que l'expression de la psychopathie latente. Le cas de Gilbert confirme ce point de vue. Il représente le cas inclassable qui ne peut rentrer dans aucun cadre nosographique.

Ne soyons donc pas trop nosographes. Les psychoses réactionnelles nous en apportent la preuve. Elles ne présentent pas une individualité probante et une portée pratique suffisante pour les considérer comme une entité nosographique. Elles ne trouvent leur unité que dans leur pathogénie.

Placées aux confins de la sociologie, les psychoses réactionnelles nous contraignent à envisager les grands problèmes de la pathologie mentale, depuis celui de la nosologie, jusqu'à celui de la pathogénie psychanalytique. Elles nous ont amené à observer la personnalité en face de la vie et les incidents de cette confrontation. A tous ces titres, elles méritent l'intérêt que leur porte la psychiatrie moderne.

CONCLUSIONS

1° En raison de l'attitude profane qui impute toutes les psychoses à un événement traumatisant, en raison de la multiplicité des travaux qui ont été consacrés aux psychoses réactionnelles, à notre époque particulièrement riche en situations douloureuses pour la personnalité humaine, la question qui fait l'objet de ce travail mérite d'être étudiée.

2° Le dépouillement des observations publiées et nos propres dossiers permettent de dire que les psychoses réactionnelles ne réalisent pas une entité clinique. On y rencontre tous les grands syndromes psychopathiques sans aucun autre caractère commun que les circonstances d'apparition.

C'est un unique souci de clarté qui nous a fait décrire les formes suivantes :

Forme dépressive,

Forme excito-motrice,

Forme confusionnelle,

Forme délirante,

Forme polymorphe.

4° La notion classique de curabilité rapide des psycho-

ses réactionnelles, spontanément ou par la convulsivothérapie ne doit pas être formellement adoptée.

Chaque cas évolue selon les règles habituelles à la forme clinique en cause. Si la guérison est usuelle, il n'est pas exclu de voir survenir un processus dissociatif secondaire.

5° Un traumatisme physique et moral n'est psychogène que dans la mesure où il survient chez un individu en puissance de vésanie : son rôle est déclanchant.

6° L'étude des psychoses réactionnelles oblige à se poser l'éternel problème de la psychogénèse des troubles mentaux et celui des rapports de l'âme et du corps, mais n'apporte aucun élément d'une solution quelconque.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :

Bordeaux, le 2 décembre 1949.

Le Doyen :

G. PORTMANN.

Vu :

Bordeaux, le 1er décembre 1949.

Le Président du Jury :

DELMAS-MARSALET.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 8 décembre 1949.

Le Recteur :

A, MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Abely X. — Diminution des psychoses affectives pendant la guerre. *Presse Médicale,* 5 août 1945 (A. M. P., janv. 1946, p. 116).

Abely X. et Leconte. — Essai d'interprétation des réactions maniaques après une émotion triste. (Manie après veuvage). A.M.P., février 1938, t. I, p. 232.

Alliez (J.). — Menaces de guerre et troubles mentaux. *M. Méd.,* 76e année, juillet 1939, N° 11. (A.M.P., p. 478).

Baruk. — Psychiâtrie médicale et phénomènes biologiques, IIIe partie, chap. II, p. 674.

Beckman (R.-O.). — Mental Peril of Man Ployement. Occupational Guidance Magazine, 1933. XII.

Bertrand. — L'enfance malheureuse dans le cadre scolaire. *Revue des établissements et des œuvres scolaires,* déc. 1939.

Beuder (Lauretta). — Psychoses réactionnelle secondaire familiale, *The Journal of nervous and mental deduse,* t., LXXXIII, N° 2, 3 fév. et mars 1936, p. 143, 165, 289 et 312 (A.M.P., mars 1938, p. 400)

Bianchini (Lévi), de Menatto et d'Arrigo. — Quelques expériences cliniques sur l'électro-choc en rapport aux psychoses et neuroses de guerre. Compte rendu du Congrès de Neuro. et Alién. de Genève 1946. P. 543.

Bleuler. — Lehrbuch der psichiatrie Springler.

Bonhoeffer. — Zur frage des Sturckpsychosen. Monatsschrift für psychiatrie. 1946.

Bogen. — Gründlinnien zu einer socialpsychologie des arbeitslosen psychotechnische zeitschrift 1932.

Borel. — Etat passionnel et psychoses réactionnelles. Congrès des Médecins neurologues et aliénistes, 1949.

Brousseau (A.) et Laffon. — Troubles graves de caractères déterminés par les émotions de guerre. Guérison rapide par le Cardiazol. A. M. P., juil. 1941. p. 281.

Boitelle (G.) et Boitelle-Lentello (Mme). — Psychoses réactionnelles du dépaysement chez les travailleurs étrangers. Congrès des Aliénistes et Neurologistes, 1949.

Bumke. — Handbuch der Geisteskrankheiten, 1929.

Carrot (E.) et Bachet. — Influence des facteurs ethniques sur l'éclosion des psychoses de captivité. Similitude entre certaines psychoses de captivité et les psychoses connues sous le nom de nostalgie. (A.M.P., mars 1949, p. 295).

Chatagnon (P.) et Jouannais (Mlle). — Influence des événements de guerre sur les psychopathies. (A.M.P., décembre 1939, p. 610).

Chatagnon (P.) et Scnheider (P.). — Drame familial de la longue absence. (A.M.P., janvier 1940).

Chatagnon. — De la légitimité et des limites des P. R. Congrès des Aliénistes et Neurologistes. Sept. 1949.

Claude, Dide et Lejeune. — Les psychoses émotives. *Paris-Médical*, 1916.

Claude (H.). — Troubles psychopathiques émotionnels. Encéphale, 1927, p. 130.

Claude (H.), Sivadon (P.) et Fortinau (J.). — Efflorescence mentale en rapport avec les événements d'actualité. A.M.P. Juil. 1936, p. 248.

Courbon et Leconte. — Psychose réactionnelle à forme de délire de compensation chez un Israélite allemand exilé. A.M.P. Juil. 1937, p. 638.

Charlin (A.). — P.R. de captivité. C. des Aliénistes et Neurologistes. Sept. 1949.

Cremieux, Merlaud, Cahen et Fabre. — Recherche du critère de la légitimité des P. R. C. des Alién. et Neurol. Sept. 1949.

Delay. — Manie réactionnelle et compensation. A.M.P. 1943.

Delmas-Marsalet (P.). — Les délires de grève. S. M. de Bordeaux. Juil. 1937.

Descamp. — Psychose aiguë avec délire onirique chez un détenu politique. Congrès des Alién. et Neurol. Genève, 1946, p. 260.

Dibra-Menzelxhiu (Hiqmet). — Psychoses dans les camps de concentration. A.M.P. Déc. 1943, p. 451.

Donnadieu (A.). — Psychose de civilisation. A.M.P. Janv. 1939, p. 30, t. I.

Devaux et Logre. — Les anxieux, Masson, 1917.

Dupouy et Leconte. — Etat délirant et anxieux motivé par les événements sociaux. A.M.P. Juil. 1936, p. 251.

— Conséquenses psychopathiques des mouvement sociaux actuels. S.M.B. Fév. 1937. (AM.P., 1937, t. I. p. 238).

Dupouy et Neveu. — Etat de confusion maniaque en rapport avec les événements sociaux actuel. A.M.P. Juil. 1936, p. 253.

Dumas (G.). — Troubles mentaux et nerveux de guerre. Alcan, 1919.

Ey (H.) et Cornavin. — Psychoses et événements de guerre. A.M.P. Juin 1948.

Fattovitch (G.) et Nicolai. — Délire de négation et psychose réactionnelle. Archivio di Neuro-Psichiatria et Psicanalisi. 1938. III. (A.M.P., p. 312. Juin 1929).

Ferdiere (G.). — Rapport au Congrès International de Médecine et Travail. Paris. Juil. 1937.

— Evolution des P. R. Rôle de la convulsivo-thérapie. S.B.M. Montpellier. Juil. 1943.

Friboug-Blanc et Gauthier. — Pratique psychiâtrique dans l'Armée. Syndrome émotionnel. Anxieux de guerre et de paix. P. 85.

Gatti. — La di soccupassinné como crisi psicologia. Arch. Ital. di Psicol. 1937.

Golzis. — Un'indagine statistica scella compozisionne di un gruppo di disoccupati. Arch. Ital. di Psicol. 1937.

Guraud et Caloutsis. — Exploration clinique en médecine et en psychiâtrie. A.M.P. Janv. 1949.

Guérin. - Contribution aux études psycho-somatiques. Thèse, Bordeaux, 1949.

Hall (O.-M.). — Attitude of newemployed and employed enginem. *Personnel Journal,* 1933. XII.

Hesnard. — Les troubles nerveux et psychiques consécutifs aux catastrophes navales, contribution à l'étude des psycho-névroses émotives. *Revue de Psychiâtrie.* 1914. IV. p. 139.

Janota (O.). — Conséquence de la deuxième guerre mondiale au point de vue psychiâtrique. *Presse Médicale,* 12 oct. 1946, N° 49.

Jasper (K.). — Psycho-Pathologie générale, III[e] édition, 1922.

Kac-Meyer. — Contribution à l'étude des psychoses réactionnelles. Thèse Paris, 1939-1948.

Lagache (Daniel). — Des pratiques spirites peuvent-elles causer une psychose ? Leçon clinique, 24 nov. 1938.

— Passions et psychoses passionnelles d'évolution psychiâtrique.

Laignel-Lavastine. — Leçon sur les psychoses réactionnelles. Clinique des maladies ment. Univ. de Paris. Nov. 1939.

Laignel-Lavastine, d'Heucqueville et Souchon. — Tentatives de suicide répétées chez un instable déprimé sans travail. S.M.P. 13 fév. 1936.

Leconte (M.). — Conflits sociaux et psychoses. Thèse, Paris, 1937.

Leconte (M.), et Leconte-Loisignels (Mme). — Les psychoses de grévistes. *Progrès Médical,* mars 1938.

Leri. — Discussion à propos des états anxieux. A. M. P. Fév. 1916.

— Emotions et commotions de guerre. Paris, 1918.

Lépine. — Troubles mentaux de guerre. Paris, 1917.

Lévy-Valensi. — Les psychoses réactionnelles. Concours médical. Janv. 1937., p. 15.

Lévy-Valensi, Pequinot (H.) et Pasche. — Une observation de travestissement tardif. S.M.P. Mai, 1939.

Mignard et Durand-Saladin. — Les psychoses de désadaptation sociale et de dépaysement. Congrès des Alién. et Neurol., 1925.

Mallet. — Psychiâtrie de guerre. Maloine, 1921.

Mira (E.). — Rôle des conditions sociales dans la génèse des troubles mentaux. Rapport au Congrès International d'Hygiène Mentale. Paris. Juil. 1937.

Manceaux, Sutter (J.) et Menerschmidt. — Psychoses réactionnelles prolongées (cinq ans) d'allure schizophrénique chez un débile mental. Congrès des Alién. et Neurol. 1949.

Manceaux et Sutter. — Psychose réactionnelle d'allure paraplégique. Guérison rapide par les électro-chocs et psycho-thérapie, après cinq ans d'évolution. Congrès des Alién. et Neurol., 1949.

Paskind (H.) et Brocq. — Psychoses simulant la schizophrénie au cours d'un état émotionnel violent et se terminant par la guérison. *The American Journal of Psychiatri.* Mai 1940, p. 1.379. (A.M.P., novembre 1944).

Pascal (Constance Mme). — Chagrins d'amour et psychose. Douin, 1935.

Pfersdorff. — Les psychoses provoquées par les dangers de guerre. S. de Médecine de Strasbourg et du Bas-Rhin. Oct. 1938.

Patel (A.). — Contribution à l'étude de la socio-pathologie. Thèse. Paris, 1939.

Regis. — Précis de psychiâtrie. Douin.

Rogues de Fursacq. — Manuel de psychiâtrie. 6e éd. Alcan, 1923.

Rondepierre et Colomb (D.) — Délire systématisé hallucinatoire réactionnel chez une femme de 78 ans. Guérison par l'électro-choc. A.M.P. Novembre 1943.

Roussy et Lhermitte. — Les psychonévroses de guerre. Paris, 1917.

Roussy, Boisseau et Œlnitz. — Le traitement des psychonévroses de guerre. Paris, 1919.

Staehelin (J.-E.). — Sur les psychoses émotionnelles. *Bulletin de l'Académie suisse*, oct. 1946. (A.M.P., janv. 1948).

Serin (Mlle) et Targowla (Mlle). — Une enquête médico-sociale sur les jeunes chômeurs à Paris. Académie de Médecine, 7 mars 1939.

Sivadon et Bertrand. — Séquelle mentale de la captivité. Cong. des Alién. et Neurol. Niort, 1947.

Sutter, Susini et Stern. — Evolution du problème des psychonévroses de guerre. A.M.P. Oct. 1947.

— Psychonévroses de guerre (cent cas personnels). A.M.P. Déc. 1947.

Urechia. — Les psychoses réactionnelles. Encéphale, 1941. p. 591.

Vie (J.). — Réactions psychopathiques ébauchée en rapport des difficultés sociales chez des déséquilibrés. S.M.P. 27 avril 1936.

— A propos du nombre des aliénés. Le seuil de résistance psychique et les difficultés de la vie. Congrès d'hygiène mentale. Paris. Juil. 1937.

— Chômage et psycopathie. Psychoses et névroses de chômage. A. M. P., avril-mai 1942.

Vie (J.), Fail (G.), Mme Opolon. — Chômage et psychopatie. Communication à l'Académie de Médecine. Paris, sept. 1940.